

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
26 августа 2024 г. № 131

**Об изменении постановления Министерства  
здравоохранения Республики Беларусь  
от 19 февраля 2018 г. № 17**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 февраля 2018 г. № 17, следующие изменения:

в приложении 2 к этому клиническому протоколу:

в таблице 1 «Клинико-фармакологические группы лекарственных средств (далее – ЛС)» позицию «Группа № 3.1. Аналоги эндогенного прогестерона» изложить в следующей редакции:

«Группа № 3.1. Аналоги эндогенного прогестерона.»			
1	Микронизированный прогестерон	Капсулы 100 мг, 200 мг внутри или интравагинально.	Пероральный прием: недостаточность лютеиновой фазы (предменструальный синдром, нарушения МЦ, пременопауза, мастопатия): лечение проводится в течение 10 дней МЦ с 17-го по 26-й день включительно, курс лечения до 3-6 и более месяцев; при угрозе преждевременных родов: в дозе 400 мг каждые 6–8 часов до купирования клинических симптомов с последующим переходом на поддерживающие дозы (например, 200 мг 3 раза в день) в срок беременности с 22-й по 28-ю недели включительно. Вагинальное применение: недостаточность лютеиновой фазы: лечение проводится в течение 10 дней МЦ с 17-го по 26-й день включительно, курс лечения до 3–6 и более месяцев, дозировка составляет 200 мг в сутки. Предупреждение (медицинская профилактика) преждевременных родов у женщин из группы риска: с укорочением шейки матки, с наличием анамнестических данных преждевременных родов и (или) преждевременного разрыва плодных оболочек, при сочетании указанных факторов риска – в дозе 200 мг перед сном с 20-й по 34-ю недели беременности; угрожающий аборт или в целях медицинской профилактики привычного выкидыша вследствие недостаточности лютеиновой фазы: средняя доза прогестерона составляет 200–400 мг в сутки, разделенная на два приема, вплоть до 12-й недели беременности. Поддержка лютеиновой фазы во время проведения цикла экстракорпорального оплодотворения: 200–600 мг в сутки, начиная со дня инъекции хорионического гонадотропина в течение I и II триместра беременности

2	Дидрогестерон	Таблетки 10 мг внутрь.	<p>От 1 до 4 таблеток в сутки во вторую фазу МЦ для поддержки функции желтого тела в зависимости от патологии у гинекологических пациенток. Курс лечения до 3–6 и более месяцев.</p> <p>Угрожающий аборт вследствие дефицита прогестерона: начальная доза – 40 мг однократно, затем – по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов. Дозы, кратные 10 мг/сут, следует распределить равномерно в течение дня.</p> <p>При возобновлении признаков угрожающего аборта, возможно снова увеличивать дозу на 10 мг каждые 8 часов.</p> <p>После исчезновения симптомов, эффективную дозу сохранить в течение 1 недели, затем постепенно снизить. Если симптомы возобновились, лечение должно быть немедленно восстановлено с дозировкой, которая оказалась эффективной.</p> <p>Привычный выкидыш вследствие дефицита прогестерона: 10 мг в сутки до 20-й недели беременности с последующим постепенным снижением дозы. В случае терапии дидрогестероном до беременности – продолжать прием при ее наступлении.»;</p>
---	---------------	------------------------	--

в приложении 3 к этому клиническому протоколу:

таблицу 1 «Прегравидарная подготовка» дополнить позицией в следующей редакции:

«Дополнительная прегравидарная подготовка у женщин с генитальной патологией.		
Недостаточность шейки матки (шифр по МКБ-10 N88.3).		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия	Укорочение шейки матки (врожденное или после хирургического лечения) или ее отсутствие; предшествующая неуспешная попытка вагинального серкляжа – решение вопроса о профилактическом лапароскопическом серкляже.	Консультация в РНПЦ МД.»;

в таблице 6 «Группы материнского риска» позицию «по невынашиванию» изложить в следующей редакции:

«по невынашиванию»	отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (искусственные аборты и самопроизвольные выкидыши, два и более прерывания беременности на фоне истмико-цервикальной недостаточности, неэффективность вагинального серкляжа, привычный выкидыш, преждевременные роды); бесплодие в анамнезе, гормональная дисфункция, нарушения менструальной функции в анамнезе; хронические воспалительные процессы гениталий; вагиниты и вагиноз; истмико-цервикальная недостаточность, миома матки; оперативные вмешательства на матке и придатках; три и более гинекологических вмешательства с инструментальным расширением	Бактериологическое исследование вагинального отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам в 14–15 недель беременности. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам в 14–15 недель беременности. Динамическая трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия с 14 до 28 недель беременности	При наличии у пациента в анамнезе 2 и более прерываний беременности на фоне истмико-цервикальной недостаточности и неэффективности вагинального серкляжа – профилактический вагинальный серкляж в сроке 16–17 недель беременности; микронизированный прогестерон (Группа № 3.1) вагинально 200 мг в сутки с момента установления беременности до 34 недель беременности. Коррекция осложнений беременности. Отказ беременной женщины от употребления наркотиков, алкоголя, курения.
--------------------	---	---	---

	цервикального канала, конизация и ампутация шейки матки, трахелэктомия; беременные с угрозой прерывания настоящей беременности; тромбофилии, антифосфолипидный синдром; ранний гестоз; многоводие; многоплодие; TORCH и другие инфекции; употребление наркотиков, алкоголя, курение.	(14–16 6/7 недель беременности, далее в 19–23 6/7, 26–26 6/7 недель).	Медицинское наблюдение согласно индивидуальному плану. Госпитализация в сроки прерывания предыдущих беременностей.»;
--	--	---	---

в таблице 7 «Наблюдение, диагностика и лечение беременных в амбулаторных условиях» позицию «О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность (далее – ИЦН), требующая предоставления медицинской помощи матери» изложить в следующей редакции:

«О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери.			
Динамическая трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия согласно группе риска с 14 по 28 неделю беременности. Бактериологическое исследование влагалищного отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам в 14–15 недель беременности. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам в 14–15 недель беременности. ОАК, БАК (С-реактивный белок), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на флору с момента установления диагноза истмико-цервикальной недостаточности и далее 1 раз в месяц.	Согласно группе материнского риска по невынашиванию, инфицированию.	Ограничение физической нагрузки. Лечение истмико-цервикальной недостаточности с помощью акушерского пессария с 16 до 34 недель беременности при отсутствии медицинских показаний для хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности. Антибактериальные ЛС для системного применения (Группа № 11.1, 11.3, 11.4) по медицинским показаниям. Микронизированный прогестерон вагинально 200 мг в сутки (Группа № 3.1) с момента установления диагноза до 34 недель беременности. Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15) по медицинским показаниям. Противогрибковые ЛС (Группа № 13) по медицинским показаниям.	Наличие медицинских показаний для хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности.
Примечание. С 14 до 28 недель беременности при длине шейки матки 25 мм и отсутствии у пациента отягощенного анамнеза по невынашиванию беременности назначается микронизированный вагинальный прогестерон (Группа № 3.1) 200 мг в сутки с момента установления диагноза и до 34 недель беременности, проводится трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия 1 раз в неделю и при укорочении шейки матки до 20 мм выполняется лечебный вагинальный серкляж или используется акушерский разгружающий пессарий. Беременным, получавшим дидрогестерон по медицинским показаниям, при развитии истмико-цервикальной недостаточности продолжить его прием до 20 недель беременности с последующим переходом на микронизированный прогестерон после 20 недель.»;			

в таблице 8 «Медицинское наблюдение, диагностика и лечение беременных в стационарных условиях» позицию «О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери.» изложить в следующей редакции:

«О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери.»		
<p>Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/7–10 и по медицинским показаниям.</p> <p>Блок Г при поступлении и по медицинским показаниям.</p> <p>Блок Д при поступлении и по медицинским показаниям.</p> <p>При поступлении: УЗИ матки и плода, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия, бактериологическое исследование вагинального отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам, бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.</p> <p>Консультация врачом-терапевтом по медицинским показаниям.</p>	<p>Ограничение физической активности.</p> <p>НПВС (Группа № 29.1) – индометацин с 16 до 27 6/7 недель беременности однократным курсом до 7 дней по медицинским показаниям.</p> <p>Антибактериальные ЛС для системного применения (Группа № 11.1, 11.3, 11.4) по медицинским показаниям: для антибиотикопрофилактики при выполнении лечебного планового серкляжа, для антибиотикотерапии при выполнении лечебного экстренного серкляжа, при наличии амниотического сладжа (ультразвуковой признак внутриутробной инфекции в виде осадка в околоплодных водах).</p> <p>Микронизированный прогестерон (Группа № 3.1) вагинально 200 мг в сутки с момента установления диагноза до 34 недель беременности, при прогрессировании истмико-цервикальной недостаточности – до 600 мг в сутки.</p> <p>ЛС для токолиза (Группа № 25) по медицинским показаниям.</p> <p>Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15) по медицинским показаниям. Противогрибковые ЛС (Группа № 13) по медицинским показаниям.</p> <p>Кортикостероиды для медицинской профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) при высоком риске преждевременных родов.</p> <p>Иммуноглобулины для медицинской профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) при выполнении вагинального серкляжа.</p>	<p>5–7 дней.</p> <p>Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности с 16 до 24 недели беременности при наличии критериев включения в группу риска по невынашиванию выполняется с помощью серкляжа: лечебного планового серкляжа (прогрессирующее укорочение шейки матки до 25 мм и менее и без пролабирования плодного пузыря по данным минимум двух последовательно выполненных трансвагинальных ультразвуковых цервикометрий) или лечебного экстренного серкляжа (при сохраненной длине шейки матки не менее 10 мм, без маточной активности, при пролабировании плодного пузыря в цервикальный канал до уровня наружного зева).</p> <p>Лечебный экстренный серкляж проводится на III или IV технологических уровнях.</p> <p>В отсутствие медицинских показаний для хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности с 16 до 24 недель беременности лечение истмико-цервикальной недостаточности выполняется с помощью пессария.</p> <p>С 25 до 34 недель беременности коррекция истмико-цервикальной недостаточности осуществляется только пессарием.</p> <p>Шов снимается: при прорезывании шейки матки шовным материалом, при пролабировании плодного пузыря, с началом регулярных схваток, при излитии околоплодных вод, по достижении срока 37 недель беременности, а также при необходимости досрочного родоразрешения.</p> <p>Акушерский пессарий извлекается: при преждевременном разрыве плодных оболочек, с началом регулярных схваток, в 37 недель беременности, а также при необходимости досрочного родоразрешения».</p>

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев